



**School of
Management and Law**

Finanzierung von medizinischen Verbrauchsgütern bei Spitex- Dienstleistungen

Wie geht es weiter?

**Eine Studie des Winterthurer Instituts für Ge-
sundheitsökonomie / SML Working Paper Nr. 14**

Marco Riguzzi

IMPRESSUM

Herausgeber

ZHAW School of Management and Law
Stadthausstrasse 14
Postfach
8401 Winterthur
Schweiz

Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie
www.zhaw.ch/wig

Projektleitung, Kontakt

Dr. Marco Riguzzi
mail@riguzzi.com

November 2018

Copyright © 2018,
ZHAW School of Management and Law

Alle Rechte für den Nachdruck und die
Vervielfältigung dieser Arbeit liegen beim
Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie der
ZHAW School of Management and Law.
Die Weitergabe an Dritte bleibt ausgeschlossen.

Danksagungen

Das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie dankt den folgenden Personen für deren Zeit und für die freundliche Bereitschaft, sich für ein Interview zur Verfügung zu stellen: Verena Wisler, Leiterin Fachbereich Krankenpflege, SWICA Krankenversicherung AG; Barbara Fontana, Verantwortliche Tarifverhandlungen ambulant im Bereich Pflege, CSS Krankenversicherung AG; Sonja Wehrle, Leiterin Fachführung Spital, Pflege & CM, Helsana Versicherungen AG; Manuela Schär, Tarifmanagerin Pflege, Einkaufsgemeinschaft HSK AG. Dr. Marco Riguzzi dankt Prof. Dr. Simon Wieser für die Rezension dieses Artikels.

Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BGer	Bundesgerichtsentscheid
BVGer	Bundesverwaltungsgerichtsentscheid
CHF	Schweizer Franken
CVP	Christlich demokratische Volkspartei
HSK	Einkaufsgemeinschaft der Krankenversicherungen Helsana, Sanitas und KPT
i.V.m.	in Verbindung mit
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVG	Krankenversicherungsgesetz
MiGeL	Mittel- und Gegenständeliste
Nr.	Nummer
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
SP	Sozialdemokratische Partei

Management Summary

Mehrere Gerichtsurteile aus dem Herbst 2017 haben dazu geführt, dass durch Fachpersonen (Spitex oder Selbstständige) an Patienten/Patientinnen zu Hause angewendete medizinische Verbrauchsgüter seit Januar 2018 nicht mehr von der Krankenversicherung vergütet werden müssen. Dies eröffnet Fragen mit wichtigen Implikationen für die Versorgung: Werden die Spitex-Organisationen diese Kosten selber tragen müssen? Werden die Kantone in die Rolle als Restfinanzierer treten, und welches Vergütungssystem werden sie allenfalls einführen? Welche Konsequenzen wird der Systemwechsel für die Versorgung im Bereich der Pflege zu Hause haben?

Dieser Artikel gibt einen kurzen Überblick über die politische und rechtliche Entwicklung auf Bundesebene, zeigt, wie sich die Situation der verschiedenen Akteure im Bereich Pflege zu Hause dadurch verändert hat, und stellt Hypothesen zur zukünftigen Entwicklung auf. Dies unter der Prämisse, dass die nationale Exekutive ihre bisherige Position in der Sache, nämlich die Implikationen der Gerichtsurteile hinzunehmen, ohne weitere versorgungspolitische Massnahmen zu ergreifen, beibehielt und parlamentarische Vorstösse wirkungslos blieben.

Der kantonale Spielraum bei der Gestaltung eines Vergütungssystems könnte zu heterogenen Lösungen führen. Pauschale Beiträge der Kantone für medizinische Verbrauchsgüter (pro Patient/Patientin und Tag) hätten stärkere Fehlanreize für die Leistungserbringer als differenzierte Vergütungssysteme (nach Patiententyp/Verbrauchsgütern) und könnten die Versorgung beeinflussen. Die Qualität der angewendeten Verbrauchsgüter könnte dadurch sinken und der Grundsatz «ambulant vor stationär» ausgehebelt werden. Aus Sicht der Leistungserbringer wäre damit zu rechnen, dass der finanzielle Druck ansteigt und dass Einsparungspotentiale konsequenter genutzt werden müssten, um das ökonomische Bestehen zu sichern.

Key Words: Medizinische Verbrauchsgüter, Pflegematerial, Spitex, Finanzierung, Vergütung.

Inhaltsverzeichnis

Danksagungen	3
Abkürzungsverzeichnis	4
Management Summary	5
Inhaltsverzeichnis	6
1. Fragestellung	7
2. Reduzierte Finanzierung durch Krankenversicherungen	8
3. Kantone als Restfinanzierer	9
4. Zunehmender finanzieller Druck auf Leistungserbringern	10
5. Fazit	11
Literaturverzeichnis	12
Autoren	13
Auftraggeber	14

1. Fragestellung

Durch die Spitex an Patienten/Patientinnen **angewendete medizinische Verbrauchsgüter** müssen seit 01.01.2018 nicht (mehr) von der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) vergütet werden. Die Auswirkungen sind vielschichtig und teilweise noch offen. Die Kantone, welche gesetzlich zur Restfinanzierung verpflichtet sind, sowie der Verband Spitex Schweiz, fordern eine Erhöhung der gesetzlichen OKP-Beiträge an die Pflege bzw. eine Legalisierung des bis Ende 2017 geltenden Systems. Im National- und Ständerat sind je eine entsprechende Interpellation (Nr. 18.3393) bzw. Motion (Nr. 18.3425) seitens der SP resp. CVP hängig. Ob diese in einer Gesetzes- bzw. Verordnungsänderung münden werden, wird sich allerdings frühestens ab der kommenden Wintersession 2018 zeigen. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zeigt indes keine Signale, dass es Handlungsbedarf auf nationaler Ebene sähe. Dieser Artikel analysiert deshalb die potentiellen **Folgen, falls die seit 01.01.2018 geltende Regelung auf Bundesebene beibehalten würde**. Es stellt sich die Frage: Was wären die möglichen Konsequenzen aus gesundheitsökonomischer Perspektive?

Ein kurzer Überblick der möglichen Folgen der seit 01.01.2018 geltenden Regelung, die in den folgenden Kapiteln diskutiert werden: Für die Versicherungen bedeutet sie, dass sie seit 01.01.2018 zwar weiterhin den Zeitaufwand des Pflegepersonals vergüten müssen, jedoch aufgrund der jüngsten Präzedenzurteile des Bundesverwaltungsgerichts nicht (mehr) zusätzlich die angewendeten, medizinischen Verbrauchsgüter. Für die einzelnen Kantone bedeutet sie, dass sie in Zukunft mehr für die Pflege zu Hause zahlen müssen werden, was letztlich den Steuerzahler beträfe, und dass sie ein Vergütungsschema der Spitex ausarbeiten müssen. Spitex-Dienstleister wären einem höheren Kostendruck ausgesetzt. Sie könnten sich deshalb gezwungen sehen, ihre Pflegeleistungen anzupassen oder sich in Gemeinschaften zu organisieren, um die Preise der medizinischen Verbrauchsgüter mit den Herstellern zu verhandeln. Für Intermediäre könnte dies heissen, dass sie geringere Margen erzielen und eventuell einen kleineren Markt bedienen. Die Patienten/Patientinnen könnten bei bestimmten Gebrechen qualitativ schlechtere Produkte erhalten, oder sogar häufiger ins Spital verwiesen werden.

2. Reduzierte Finanzierung durch Krankenversicherungen

Die Krankenversicherungen zahlen schweizweit einheitliche Beiträge an die Pflege von Patienten/Patientinnen zu Hause. Pro Stunde sind es CHF 54.60 für Grundpflege, CHF 65.40 für Untersuchung und Behandlung, und CHF 79.80 für Bedarfsabklärung und Beratung (Artikel 7 I a, b KLV i.V.m. 7 II und 7a I). Dies bleibt auch weiterhin so (zumindest vorerst, siehe aktuelle Motion Nr. 18.3425 des Ständerats). Bis Ende 2017 war es aber üblich, dass die Versicherungen die dabei durch Fachpersonen angewendeten, medizinischen Verbrauchsgüter zusätzlich bezahlt hatten. Dies – und das ist entscheidend – obwohl der Rechtssatz es nicht ausdrücklich verlangte. Speziell ist in diesem Fall also, dass die bis Ende 2017 geübte Praxis vom Rechtssatz abwich. Der Gesetzgeber verzichtet nämlich auf die Erwähnung einer zusätzlichen Vergütung angewendeter Verbrauchsgüter. Deshalb ist der Standpunkt vertretbar, dass eine solche auch nicht sein Ziel sei. Das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer) ist insofern juristisch nachvollziehbar, ganz unabhängig davon, welche Vergütungsregelung gesundheitspolitisch die beste wäre (BVGer Urteile C-3332/2015, C-1970/2015).¹ Genau diese Frage ist jedoch wichtig für die Versorgung der Patienten/Patientinnen und die daran beteiligten Akteure. Das Urteil impliziert seit 01.01.2018, dass sich die Praxis von dem entfernt, was zuvor von den meisten Beteiligten mitgetragen oder zumindest geduldet wurde (Leistungserbringer,² Versicherungen, Staat). Dies – und hier liegt der Knackpunkt – obwohl eine Anpassung der Vergütungspolitik zum jetzigen Zeitpunkt **in keinem politischen Prozess entschieden** wurde. Die Frage, ob aufgrund des Urteils gesundheitspolitischer Handlungsbedarf bestehe, ist somit berechtigt.

Bleibt die Regelung nach Bundesrecht so, wie sie aktuell ist, dann ist zu erwarten, dass es **ab 2019 alle Versicherungen ablehnen** werden, durch das Pflegepersonal angewendete medizinische Verbrauchsgüter zusätzlich zu vergüten. Die Einkaufsgemeinschaft HSK und die CSS-Versicherung lehnen es im Grundsatz bereits heute ab. Sie suchen seit Jahresbeginn 2018 den Dialog mit den Spitex-Dienstleistern, um die neue Praxis umzusetzen. Dabei wurde anfangs eine gewisse Kulanz gewährt. Allerdings führen die Versicherungen auch Analysen durch, um zuwiderlaufende Rechnungsstellungen in Zukunft treffsicher zu identifizieren. Wenn die Versicherungen der tarifsuisse letztlich dieser Strategie folgen würden, etwa im Zuge von erneuerten Pflegeverträgen zu Jahresbeginn, so wäre dies zumindest aus Wettbewerbsüberlegungen nicht überraschend.

¹ Der Rechtsstreit bezog sich auf die Pflege in Heimen. Das Urteil wirkt jedoch für die Pflege zuhause gleichermassen als Präzedenzfall.

² Mit den Leistungserbringern sind auch selbständige Pflegefachpersonen gemeint, die im Folgenden in die Bezeichnung «Spitex» eingeschlossen sind. Der Artikel bezieht sich nur auf von professionellem Pflegepersonal angewendete Güter (nicht zur Selbstanwendung abgegebenes). Rechtliche Fragen zu allfälligen Rückzahlungen der Spitex an die Versicherer werden nicht behandelt.

3. Kantone als Restfinanzierer

Was die Versicherung nicht mehr bezahlt, darf zum Teil auf den Patienten/die Patientinnen abgewälzt werden, jedoch maximal zu 20 Prozent der Beiträge gemäss KLV 7a I (25a V KVG). Das heisst, zu maximal CHF 15.95 pro Stunde. Der jeweilige Kanton (bzw. die Gemeinde, die hier in die Bezeichnung «Kanton» eingeschlossen ist) hat die Finanzierung der restlichen Kosten zu regeln. Der Kanton hat hier einen **Gestaltungsspielraum, nach welchem Schema er vergüten will**, und kann auch Höchstgrenzen festlegen. Entsprechend einem Urteil des Bundesgerichts (BGer) vom 20. Juli 2018 betreffend St. Galler Pflegeheime (9C-446/2017) hat der Kanton auch dann für die restlichen Pflegekosten aufzukommen, wenn diese die kantonalen Beiträge übersteigen. Das BGer hält aber auch fest, dass der Kanton Heime mit wiederholten Kostenüberschüssen von der Pflegeheimliste streichen könne. Auch bei staatlichen Spitex-Betrieben ist es in der Vergangenheit bereits vorgekommen, dass der Kanton deren Auflösung angedroht hat. Auch wenn das BGer-Urteil die Kantone zur Restfinanzierung verpflichtet, haben diese nach wie vor ein glaubwürdiges Druckmittel. Trotz des BGer-Urteils dürften kantonale Vergütungsschemata somit indirekt verbindlich sein.

Kantonal unterschiedliche Vergütungsmodelle können durchaus vorkommen, wie sich bei der Restfinanzierung von Pflegeheimen zeigt. Im Bereich Spitex sind verschiedene Varianten denkbar.

Erste Variante: Der Kanton kann einen pauschalen Betrag pro Patient/Patientin und Tag (oder Stunde) an die Spitex vergüten, unabhängig von Typ/Menge der angewendeten medizinischen Verbrauchsgüter. Dies wäre für den Kanton simpel und transparent, würde die Administrationskosten tief halten, und die Pauschale würde für die Spitex Sparanreize bei medizinischen Verbrauchsgütern setzen. Aber selbst wenn die Vergütung im Durchschnitt kostendeckend wäre, hätte sie fragwürdige finanzielle Anreize für die Spitex zur Folge. (Mehr dazu in Kapitel 4 weiter unten.)

Zweite Variante: Der Kanton kann eine differenzierte Vergütung implementieren, je nach Typ und Menge der angewendeten medizinischen Verbrauchsgüter. Es ist nicht zu erwarten, dass der Kanton diese Preise auf das gleich hohe Niveau setzen würde, wie es bis Ende 2017 bei der Abrechnung der Versicherungen gemäss der nationalen Mittel- und Gegenständeliste (MiGel) der Fall war. Bereits aktuell ist auf nationaler Ebene eine Überarbeitung der MiGeL mit Preissenkungen im Gang (unabhängig von der Pflege zu Hause), und die Kantone dürften sich ebenfalls an tiefen Preisen interessiert zeigen. Es würde der politischen Stossrichtung zur Eindämmung des Kostenwachstums im Gesundheitswesen entsprechen, ebenso wie dem Bestreben der Kantone, den eigenen Anteil an der Gesamtfinanzierung möglichst wenig ansteigen zu lassen. Aus denselben Gründen dürften die Kantone nicht interessiert sein, sich die medizinischen Verbrauchsgüter der Spitex langfristig zu Einkaufspreisen in Rechnung stellen zu lassen.

Dritte Variante: Als extremstes Szenario könnten die Kantone den Einkauf von medizinischen Verbrauchsgütern selbst mit den Herstellern verhandeln, das Material an die Spitex weitergeben, und den Patienten/Patientinnen eine Rechnung über maximal 20 Prozent der Beiträge gemäss KLV 7a I zustellen. Dies wäre zwar denkbar, ist aber politisch wohl das am wenigsten realistische Szenario.

4. Zunehmender finanzieller Druck auf Leistungserbringern

Den in Kapitel 3 erwähnten Szenarien ist gemeinsam, dass der **finanzielle Druck ansteigen wird**, sowohl auf die Spitex-Dienstleister als auch auf die Intermediäre, welche im Auftrag der Spitex medizinische Verbrauchsgüter bei den Herstellern einkaufen und an die Patienten und Patientinnen liefern. (Eine Ausnahme hiervon bildet das dritte Szenario.) Der Druck steigt, weil die Differenz zwischen der Vergütung und dem Preis, zu dem die Hersteller ihre Produkte verkaufen, kleiner wird. Die Differenz kann als Marge bezeichnet werden. Je kleiner die Marge, desto schwieriger wird es für die Intermediäre, ihre Dienstleistungen zu finanzieren. Eventuell werden sie gezwungen sein, die sinkende Marge zumindest teilweise auf die Spitex abzuwälzen. Die Intermediäre könnten dies auf unterschiedliche Weise versuchen. Intermediäre, welche die Lieferung an Patienten/Patientinnen und die Rechnungsstellung an die finanzierende Institution, zukünftig der Kanton, übernehmen (Typ 1), könnten für ihre Dienste eine (erhöhte) Gebühr von der Spitex verlangen. Intermediäre, welche Patienten/Patientinnen beliefern, aber die Rechnungsstellung an die finanzierende Institution der Spitex überlassen (Typ 2), könnten den Anteil der Spitex an der Marge senken. Einige Spitex-Dienstleister bestellen die medizinischen Verbrauchsgüter direkt bei Herstellern (Typ 3). Ein erhöhter finanzieller Druck könnte in Zukunft mehr Spitex-Dienstleister zu diesem Schritt zwingen. Die Hersteller von medizinischen Verbrauchsgütern dürften ihrerseits zunehmenden Druck auf ihre Verkaufspreise erhalten. Insbesondere, falls sich Spitex-Dienstleister zusammenschliessen, um gemeinsam Preisverhandlungen über grössere Volumina zu günstigeren Konditionen zu führen.

Aus Sicht des Patienten/der Patientin dürfte es entscheidend sein, ob der Kanton ein pauschales oder ein differenziertes Vergütungsmodell der Spitex wählt. Die **unerwünschten Implikationen eines pauschalen Tarifs** für medizinische Verbrauchsgüter sind nicht zu unterschätzen, insbesondere mittel- und langfristig. Ein pauschaler Tarif schafft für die Spitex finanzielle Anreize, sich auf gewisse Patientengruppen zu spezialisieren, ja sogar Wettbewerb um diese zu betreiben, und andere Patientengruppen nicht mehr nach bisherigem Schema zu behandeln. Denn es ist klar, dass die Leistungserbringer den Patienten und Patientinnen nur dann helfen können, wenn sie dabei ökonomisch überleben können. Was bleibt der Spitex also, wenn gewisse Patientengruppen permanent defizitär würden? Man denke z.B. an Patienten/Patientinnen mit chronischer Wunde, die teure Wundversorgungsprodukte benötigen, oder an Infusionsbestecke, im Vergleich zu Patienten/Patientinnen mit einer Betreuung ohne medizinische Verbrauchsgüter. 1) Die Spitex könnte versuchen, viele finanziell profitable Patienten und Patientinnen zu pflegen, um damit die defizitären Bereiche intern quer zu finanzieren. Somit entstünde aber eine Situation, in der sich alle um dieselben Patienten/Patientinnen bemühen müssten. 2) In Bereichen wie z.B. der Wundpflege hätte die Spitex einen finanziellen Anreiz, qualitativ hochstehende Produkte, welche längere Pflegeintervalle ermöglichen, durch günstigere Produkte zu ersetzen. Dies ist besonders profitabel, wenn die günstigeren Produkte häufigere Wechsel und somit mehr Besuche beim Patienten/bei der Patientin bedingen. Die häufigeren Besuche würden mehr Vergütung via OKP-Pauschale für die zeitliche Leistung bedeuten. Das Resultat wären höhere Gesundheitskosten, während schlechtere medizinische Verbrauchsgüter verwendet werden. 3) Schliesslich hätte die Spitex den Anreiz, besonders teure Patienten/Patientinnen häufiger ins Spital zu verweisen. Dadurch würde der Grundsatz «ambulant vor stationär» ausgehebelt. Die Betroffenen dieser Fehlanreize wären letztlich die Patienten und Patientinnen.

5. Fazit

Durch Fachpersonal an Patienten/Patientinnen zu Hause angewendete medizinische Verbrauchsgüter werden von der Krankenversicherung nicht mehr vergütet. Die Rechtsgrundlage dafür ist nicht vorhanden. Diese **Änderung der Vergütungspraxis zum jetzigen Zeitpunkt**, und somit Änderung der finanziellen Situation der beteiligten Akteure, wurde in keinem politischen Prozess beschlossen. Sie ist das Resultat eines Rechtsstreits. Die verantwortlichen Exekutivorgane auf Bundesebene interpretieren die Situation jedoch so, dass das Urteil des Bundesgerichts den ursprünglichen Willen des Gesetzgebers umsetze. (Der betreffende Rechtssatz trat im Januar 2011 in Kraft.) Sie sehen deshalb keinen gesundheitspolitischen Handlungsbedarf aufgrund des gerichtlichen Urteils, obwohl sich die Vergütungspraxis seit Januar 2011 vom nun gefällten Urteil grundlegend unterschieden hat.

Sollten die Vorstösse im nationalen Parlament wirkungslos bleiben und die Exekutive an der Finanzierungsregelung festhalten, die aufgrund der Gerichtsurteile seit 01.01.2018 gilt, so werden die **Kantone und letztlich die Gemeinden als Restfinanzierer** eintreten müssen. Sie haben hier Gestaltungsspielraum und sind nicht gezwungen, die bisherige Praxis der Einzelabrechnung in Anlehnung an Preise der MiGeL anstelle der Krankenversicherer zu übernehmen. Dies erscheint aus verschiedenen Gründen unrealistisch. Erstens wurden die MiGeL-Preise nicht für die Pflege zu Hause festgelegt und diese somit zweckentfremdet, zweitens ist die MiGeL nicht mehr aktuell, was sich in einer sich bereits im Gang befindenden Überarbeitung derselben zeigt, und drittens würde eine solche Lösung kaum **Anreize zur Eindämmung des Kostenwachstums im Gesundheitswesen** setzen. Letzteres jedoch ist ein erklärtes Ziel vieler Kantone, insbesondere was den kantonalen Finanzierungsanteil betrifft.

Pauschalbeiträge pro Patient/Patientin und Pflegetag, unabhängig von Patiententyp und Verbrauch, wäre die administrativ am wenigsten aufwändige Lösung, würde jedoch markante Fehlanreize in der Versorgung erzeugen. Diese Fehlanreize und deren potentielle Folgen sind nicht als Unterstellungen an die Leistungserbringer zu verstehen. Im Gegenteil: Ein geeignetes Vergütungssystem basiert darauf, dass es **zu möglichst kompatiblen Anreizen führt**, sodass Leistungserbringer eine angemessene, effiziente Versorgung und ihr eigenes ökonomisches Bestehen zugleich sicherstellen können. Ein differenziertes System, das die relativen Kostenunterschiede möglichst gut abbildet, könnte die Fehlanreize entscheidend reduzieren. Ungeachtet der genauen Typen von kantonalen Vergütungssystemen, die umgesetzt werden, ist **zu erwarten, dass der finanzielle Druck auf die Leistungserbringer steigen wird**. Dies wird es für Intermediäre in Zukunft umso schwieriger machen, sich noch zwischen den Herstellern und den Anwendenden von medizinischen Verbrauchsgütern zu positionieren.

Literaturverzeichnis

Nationalrat (2018). Interpellation Nr. 18.3393, Lösung gefragt. Entscheide des Bundesverwaltungsgerichtes bringen die Spitex und Heime in Schwierigkeiten. Heim, Bea. Einreichungsdatum: 28.5.2018.

Ständerat (2018). Motion Nr. 18.3425, Die sprunghafte Mehrbelastung der Kantone, Gemeinden und Spitex-Organisationen beseitigen. Die Kosten für das Pflegematerial anpassen. Bischof, Pirmin. Einreichungsdatum: 30.5.2018.

Eidgenössisches Departement des Inneren (EDI). Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV), Artikel 7 I a/b Fassung gemäss Ziffer I der Verordnung des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Januar 2011.

Eidgenössisches Departement des Inneren (EDI). Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV), Artikel 7 II, Fassung gemäss Ziffer I der Verordnung des EDI vom 5. Dezember 2011, in Kraft seit 1. Januar 2012.

Eidgenössisches Departement des Inneren (EDI). Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV), Artikel 7a I, eingefügt durch Ziffer I der Verordnung des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Januar 2011

Bundesversammlung. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), Artikel 25a, eingefügt durch Ziffer I 3 des Bundesgesetzes vom 13. Juni 2008 über die Neuordnung der Pflegefinanzierung, in Kraft seit 1. Januar 2011.

Bundesverwaltungsgericht (BVGer), Urteil der Abteilung III i.S. Krankenversicherer gegen Verband von Alters- und Pflegeheimen und Regierungsrat des Kantons B., C-3322/2015 vom 1. September 2017.

Bundesverwaltungsgericht (BVGer), Urteil der Abteilung III i.S. CSS Kranken-Versicherung AG und tarifsuisse ag gegen Verband von Alters- und Pflegeheimen, C-3322/2015 vom 7. November 2017.

Bundesgericht (BGer), Urteil der Abteilung II i.S. Sozialversicherungsanstalt des Kantons St. Gallen, Ausgleichskasse des Kantons St. Gallen gegen Krankenversicherung, 9C_466/2017 vom 20. Juli 2018.

Autoren

Dr. Marco Riguzzi

ZHAW School of Management and Law

Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie

Fachstelle für Gesundheitsökonomische Forschung

Gertrudstrasse 15

8401 Winterthur

Auftraggeber

Das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie führt momentan eine Analyse der Finanzierung von Pflegematerial im Bereich der Pflege zu Hause durch. Diese wird finanziell unterstützt durch die **IVF Hartmann AG, Victor von Bruns-Strasse 28, 8212 Neuhausen am Rheinfall**.

Zürcher Hochschule
für angewandte Wissenschaften

School of Management and Law

St.-Georgen-Platz 2
Postfach
8401 Winterthur
Schweiz

www.zhaw.ch/sml



AACSB
ACCREDITED

swissuniversities



AACSB